



DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA – DFD

Aquisição de camisas personalizadas para atender a demanda do CAPS para dia da luta Antimanicomial.

ÓRGÃO Secretaria Municipal de Saúde

SETOR REQUISITANTE Secretaria Municipal de Saúde

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

O presente Termo de Referência tem como finalidade a aquisição de camisetas personalizadas, este material será utilizado na campanha referente ao Dia da Luta Antimanicomial.

GRAU DE PRIORIDADE DA CONTRATAÇÃO

☐ Baixa

☐ Média

☒ Alta

As camisas personalizadas são necessárias para a ação a ser realizada no mês de Maio de 2024.

DEFINIÇÃO DA NECESSIDADE DE ELABORAÇÃO OU NÃO DE ESTUDOS TÉCNICOS PRELIMINARES

☒ Com base na baixa complexidade do objeto e/ou por já se ter definido a melhor solução disponível no mercado para atender à necessidade da Administração, o Estudo preliminar será dispensado para esta contratação, bastando a elaboração de TR ou PB.

☐ Devido à alta complexidade do objeto, às diversas soluções disponíveis no mercado e à ausência de definição da melhor modelagem para atender à necessidade da Administração, será necessária a elaboração do Estudo Técnico Preliminar.

☐ Devido à existência de Estudo Técnico Preliminar e a licitação ter atendido ao interesse da Administração, será utilizado o ETP do Processo Licitatório nº

/

DEFINIÇÃO DA NECESSIDADE DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

☒ Com base na baixa complexidade do objeto, o gerenciamento de riscos da contratação será dispensado.

☐ Devido à alta complexidade do objeto e/ou os riscos que poderão advir para o atendimento da demanda da Administração, será elaborado o gerenciamento de riscos.

SÍNTESE DE OBJETO

Aquisição de camisas personalizadas para atender a demanda do CAPS.

DESCRIÇÃO DETALHADA DO OBJETO A SER CONTRATADO

ITEM	QUANT.	UNIDADE MEDIDA	DETALHAMENTO	PREÇO ESTIMADO	
				UNIT. RS	TOTAL RS
01	10	UN	Camisa personalizada com os dizeres: "A LIBERDADE CUIDA, O CUIDADO LIBERTA! 18 DE MAIO DIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL". Cor: Lilás Material: algodão Tamanho M	40,00 59460	400,00



02	10	UN	Camisa personalizada com os dizeres: "A LIBERDADE CUIDA, O CUIDADO LIBERTA! 18 DE MAIO DIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL". Cor: Lilás Material: algodão Tamanho G	40,00 59461	400,00
03	15	UN	Camisa personalizada com os dizeres: "A LIBERDADE CUIDA, O CUIDADO LIBERTA! 18 DE MAIO DIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL". Cor: Lilás Material: algodão Tamanho GG	40,00 59462	600,00
04	5	UN	Camisa personalizada com os dizeres: "A LIBERDADE CUIDA, O CUIDADO LIBERTA! 18 DE MAIO DIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL". Cor: Lilás Material: algodão Tamanho G2	40,00 59463	200,00

PREVISÃO DE DATA EM QUE DEVE SER INICIADA A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS / FORNECIMENTO: 10/05/2024

FORNECIMENTO DE MATERIAL

☐	Consumo	☐	Permanente
☒	Parcela únicas	☐	Mensal
☐	Semanal	☐	Outro
☐	Quinzenal		

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

☒	Não continuado	☐	Continuado
-------------------------------------	----------------	--------------------------	------------

REGIME DE EXECUÇÃO

☒	Empreitada por preço unitário	☐	Contratação por tarefa
☐	Empreitada por preço global	☐	Contratação integrada
☐	Empreitada integral	☐	Contratação semi-integrada
☐	Fornecimento e prestação de		



serviço associado		
EXIGÊNCIA DE AMOSTRAS OU PROTÓTIPO		
(x) Não. () Sim. Critérios objetivos de avaliação:		
HABILITAÇÃO ESPECÍFICA		
(x) Não. () Sim		
RESPONSABILIDADES ESPECÍFICAS DA CONTRATADA		
(x) Não. () Sim.		
RESPONSABILIDADES ESPECÍFICAS DO CONTRATANTE		
(x) Não. () Sim.		
LOCAL DE ENTREGA/EXECUÇÃO E CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO DO OBJETO		
O prazo de entrega dos itens é de 10 (dez) dias, contados do recebimento da Nota de Empenho/Ordem de Fornecimento, no endereço Avenida Armando Franco nº186, – sala 28/MG – CEP 38900-000, de segunda a sexta feira, no horário de 8:00h às 11:00h, e de 12:30h às 17:00 h, telefone (37) 3431-0876. As dúvidas/esclarecimentos sobre a entrega podem ser enviadas ao e-mail compras.saude.pmb@gmail.com ; Os bens serão recebidos provisoriamente no prazo de dias pelo(a) responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes neste Documento de Formalização de Demanda e na proposta. Os bens poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Documento de Formalização de Demanda e na proposta, devendo ser substituídos no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da notificação da contratada, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades. Os bens serão recebidos definitivamente no prazo de 20 (vinte) dias, contados do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo circunstanciado Na hipótese de a verificação a que se refere o subitem anterior não ser procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo. O recebimento provisório ou definitivo do objeto não exclui a responsabilidade da contratada pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do contrato.		
CRÉDITOS ORÇAMENTÁRIOS		
10.302.0213.2774 3.3.90.39.00 FICHA 444 <i>Fonte 2621</i> <i>CC: 26195-5</i>		
Recurso Federal?		
() SIM (x) NÃO		
ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO		
Objetivando a instrução do processo, informamos que foram realizadas consultas e pesquisa sobre os preços praticados para o objeto desta Licitação, estimando-se o		

montante em R\$ 1.600,00.

**RESPONSABILIDADE PELA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DA
CONTRATAÇÃO**

GESTOR DO CONTRATO: CLÁUDIA DE OLIVEIRA SILVA

NOME: Cláudia de Oliveira Silva

CPF: 106.065.416-40

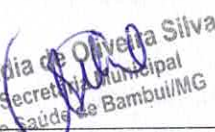
FISCAL DO CONTRATO: JÉSSICA AMÂNCIO SILVA

NOME: Jéssica Amâncio Silva

CPF: 098.999.166-09

RESPONSABILIDADE PELA FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA

Data: ____/____/____

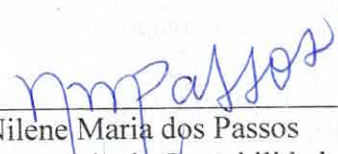

Cláudia de Oliveira Silva
Secretária Municipal
de Saúde de Bambuí/MG

Cláudia de Oliveira Silva

Secretário Municipal de Saúde de Bambuí

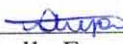
**AUTORIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE ATESTANDO
A DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA:**

Data: ____/____/____


Nilene Maria dos Passos
Subsecretária de Contabilidade

**AUTORIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE TESOUREARIA ATESTANDO A
DISPONIBILIDADE FINANCEIRA:**

Data: ____/____/____


Michelle Ferraz Lopes
Tesoureira

**AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA,
ORÇAMENTO E GESTÃO PARA FORMALIZAR O PROCESSO
LICITATÓRIO:**

Data: ____/____/____


Ronaldo de Oliveira
Secretário Municipal de Fazenda, Orçamento e Gestão